

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-820740

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11817

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : EL OMARI Imane

Date de naissance : 22/02/1995

Adresse : 84 LOT JAWHAR - TARGA

Tél. : 066147355

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/11/2023

Nom et prénom du malade : Sni PP Imane EL OMARI Age : 28 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 22/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-820740

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).


Matricule : 11817


Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/11/2023				

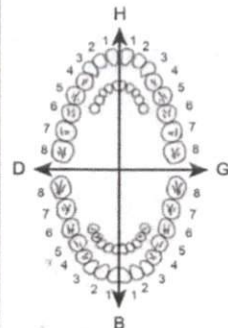
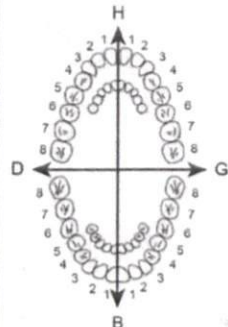
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20.11.23	86,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins. Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

Le: 20/11/2023

ORDONNANCE

do. en Imane Elomari

① - Doligrappe

19.15 x 3 fl 5

② - olivine

46.70 18.60 x 3 fl 10 -

③ - zylonic 100mg

1cp 15.

86100



Jihane ELOMARI
Medecin
INPE : 071209530

PHARMACIE PREMIUM
SARL AU
Propriété Jawhar 2-115 Marrakech
Tél : 05 24 40 59 69
ICE : 001686249000020 ③

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

A partir de 15 ans

ابتداء من 15 سنة

Tenir hors de portée et de vue des enfants

يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

8 Sachets Granulés



6 118000 041566

AMM n° 247/15 DMP/21/NNP

b

bottu_{sa}

82, rue des Casuarinas - Ah Sébba - Casablanca

S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

بوتشي ش.م.

82, rue des Casuarinas - عين السبع - الدار البيضاء

س. البشوشى - صيدلي مسؤول

b

DoliGrippe®

Paracétamol - Vitamine C - Maléate de Phéniramine

avant de prendre ce médicament, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

en doute, demandez conseil à votre pharmacien.

descript. Ne le donnez pas à un enfant.

si vous remarquez des effets secondaires, consultez votre pharmacien.

ance active par unité

dicitrate trimagnésique, Ruge, Cochenille, Sulfate de sodium

sachet, fait partie

sachet, agit en exerçant une action sur les rhinorrhées et les écoulements en salive, et une sédation de l'organisme.

le cours des rhumes

ts,

4 heures minimum, sans dépasser 3 sachets par jour.

uffisante d'eau, froide ou chaude. Au cours des états grippaux, il est préférable de prendre ce médicament dans de l'eau chaude le soir.

• **Durée du traitement :**

La durée maximale du traitement est de 5 jours.

• **Fréquence d'administration :**

En cas d'insuffisance rénale, (clairance à la créatinine inférieure à 10 ml/mn), l'intervalle entre 2 prises sera d'au moins 8 heures.

Contre-indications

Ne prenez jamais DoliGrippe®, granulés pour solution buvable en sachet, dans les cas suivants:

• Enfant de moins de 15 ans,

• En cas d'antécédent d'allergie aux constituants du produit,

• En cas de certaines formes de glaucomes (augmentation de la pression dans l'œil),

• En cas de difficultés à uriner d'origine prostatique ou autre,

• En cas de maladie grave du foie en raison de la présence de paracétamol,

• En cas de phénylcétonurie (maladie héréditaire dépistée à la naissance), en raison de la présence d'aspartame.

Vous ne devez généralement pas utiliser ce médicament, sauf avis contraire de votre médecin pendant la grossesse et l'allaitement.

EN CAS DE DOULEUR, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

Effets indésirables

PPV: 20DH00
PER: 01/26
LOT: M230

ملغ 100

زِيلُورِيك[®]

أَلُوبُورِينُول

100 قرصا

عن طريق الفم

LOT 223849

EXP 11 2026

PPV 46.70 DH

INFORMATIONS A CONNAITRE AVANT DE PRENDRE ZYLORIC comprimés ?

Si votre médecin vous a informé(e) d'une intolérance à certains médicaments, contactez-le avant de prendre ce médicament.

Ne prenez jamais ZYLORIC, comprimé :

- En cas d'allergie connue à l'allopurinol ou à l'un des constituants du médicament mentionnés dans la rubrique 6.
- Chez l'enfant de moins de 6 ans (contre-indication liée à la forme pharmaceutique).

En cas de doute, il est indispensable de demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien.

Avertissements et précautions :

Adressez-vous à votre médecin, pharmacien ou infirmier/ère avant de prendre ZYLORIC mg, comprimé si vous :

- **Avez des problèmes** au niveau de votre foie ou de vos reins

- Souffrez de **problèmes cardiaques**

prenez des diurétiques et/ou un médicament contenant l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

- Souffrez actuellement d'une crise d'arthrite
- Etes d'origine chinoise, ethnies Han ou Miao
- Avez des problèmes de thyroïde.

Faites particulièrement attention avec :

- Des éruptions cutanées ont été observées avec l'allopurinol. Fréquemment, l'éruption apparaît au niveau de la bouche, de la gorge, du nez (yeux rouges et gonflés). Ces éruptions sont précédées par des symptômes tels que courbatures (symptômes ressemblant à ceux d'une grippe), une apparition de vésicules sur la peau, un cas d'éruption cutanée ou de

aspen

ZYLORIC 100 mg

Bolus de 100 comprimés
A.M.M. N° 63 DMP/2/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA

Ramboursable AJO



6 118000 022268

LOT: M0805
EXP: OCT 2025
PPV: 19,30 DH

غين

Otrivine 1%
Nebuliseur
Solution 10 ml
6 118000 220138

- يجب أن
- طريقة
- نظف
- أمل
- اضغط على البخاخ مرة واحدة
- أزل البخاخ من الأنف.
- كرر العملية في فتحة الأنف الأخرى.
- احترم الجرعات المدونة في النشرة أو التي يصفها الطبيب
- إذا كنت تشعر بأن فعالية الدواء ضعيفة جدا أو قوية جدا،
- يرجى استشارة الطبيب أو الصيدلي.
- ينبغي استخدام كل بخاخ من قبل شخص واحد لمنع العدوى.
- لا تستخدم البخاخ بعد 28 يوما من افتتاحه

نه يحتوي

أخرى.

سأل طبيبك

لو أعراضه

إد.

مدرجة في هذه النشرة، يرجى إخبار الطبيب أو الصيدلي.

إذا استمرت الأعراض أكثر من 7 أيام، اطلب المشورة من

الطبيب.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.

لا تتجاوز الجرعات الموصى بها.

في حالة تناول جرعة زائدة اتصل بطبيبك أو الصيدلي
7 - ما هي التأثيرات الثانوية التي قد يتسبب فيها
أوتريفين؟
مثل كل الأدوية، يمكن لأوتريفين أن يتسبب في آثار جانبية،
على الرغم من أن الجميع لا يكون معرض لها
يمكن أن تشعر بالانزعاج المحلي بعد استعمال أوتريفين
خصوصا إذا لديك جيوب أنفية حساسة
قد يتسبب أوتريفين في التأثيرات الثانوية التالية: أحيانا
شعور بالحرق في الأنف والحنجرة، تهيج موضعي، غثيان،
صداع، جفاف المخاط الأنف، اضطرابات بصرية عابرة
والحساسية

للمعلومات الطبية:
كلاسكوسميكتاين المغرب
44.42 زاوية شارع الراشدي وحامد الغزالي، الدار البيضاء
الهاتف

212 (0) 5 22 48 00 02

مصنع من طرف:

سوتيم، 82 شارع الشفشاوني،

20590 سيدي البرنوصي

الدار البيضاء

1 - ما هو أوتريفين ومتى يستعمل؟

يستخدم أوتريفين في علاج احتقان الأنف، حساسية
والتهاب الأنف المزمن بما في ذلك حمى القش والتهاب
الجيوب الأنفية. يساعد على تخفيف الاحتقان و تطهير
الجيوب الأنفية و ذلك بتخفيف الإفرازات الأنف المفرطة
وتعود الأنف إلى طبيعته الطبيعية.

2 - متى يجب عدم استعمال أوتريفين؟

ينصح بعدم استعمال هذا الدواء لدى الأطفال دون سن 15
ولاسيما في حالة:

- الحساسية للكسيلوميثازولين أو لإحدى مكونات الدواء
- الحساسية لمضاد احتقان آخر
- ارتفاع الضغط الشرياني الحاد أو غير المتوازن،
- سوابق حادث وعائي دماغي أو عوامل الخطر التي من

أخرى حتى التي تستعمل بدون وصفة طبية
قد يكون الاستعمال المشترك لأدوية تحتوي على مضيق
الأوعية وحده أو مشترك مع مادة أو مواد فعالة (رغم
استعمالها عبر طرق مختلفة) غير مجديا و بل قد يكون
خطيرا.

5 - هل يمكن استعمال أوتريفين خلال الحمل أو الرضاعة؟
قبل استعمال أوتريفين خلال الحمل أو الرضاعة، استشرى
الطبيب.

6 - كيف يستعمل أوتريفين؟

ما لم ينصح الطبيب بغير ذلك، يجب احترام توصيات
الجرعات التالية لدى البالغين والأطفال الذي تتجاوز سنهم
15 سنة:

رشة بواسطة المرشة 0.1% في كل فتحة الأنف، 2 إلى 3
مرات في اليوم.
يجب عدم تجاوز الحد الأقصى للجرعة اليومية.